

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE **560**

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Paul LORY

de la Faculté de Médecine de Paris

Né le 4 Mars 1906, à BRÉTTEVILLE-L'ORGUEILLEUSE (Calvados)

CONTRIBUTION à l'ÉTUDE
du MEILLEUR MODE de DRAINAGE
dans les APPENDICITES AIGUËS

Président : Monsieur J.-L. FAURE, professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Paul LORY

de la Faculté de Médecine de Paris

Né le 4 Mars 1906, à BRÉTTEVILLE-L'ORGUEILLEUSE (Calvados)

CONTRIBUTION à l'ÉTUDE

du MEILLEUR MODE de DRAINAGE
dans les APPENDICITES AIGÜES

Président : Monsieur J.-L. FAURE, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1933

Doyen

ROUSSY.

I. — Professeurs

MM.

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale
Physiologie
Physique médicale
Chimie médicale
Bactériologie
Parasitologie et Histoire naturelle médicale
Pathologie et Thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie

ROUVIERE.
PROUST.
BINET.
STROHL.
DESGREZ.
DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
CLERC.
MARION.
ROUSSY.
CHAMPY.
TIFFENEAU.
LOEPER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL-

Pathologie expérimentale et comparée
Hydrologie et thérapeutique et climatologie

LAVASTINE
FIESSINGER.

Clinique médicale

Maur. VILLARET
CARNOT.

Hygiène et clinique de la première enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies infectieuses

BEZANÇON.
ACHARD.
Marcel LABBE.
LEREBOULLET.
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
LEMIERRE.

Clinique chirurgicale

LENORMANT.
CUNEO.

Clinique ophtalmologique

Clinique urologique

GREGOIRE.
GOSSET.

Clinique d'accouchements

TERRIEN.
MARION.

Clinique gynécologique

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie

Clinique thérapeutique médicale

Clinique oto-rhino-laryngologique

Clinique thérapeutique chirurgicale

Clinique propédeutique

Clinique de la Tuberculose

Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte

COUVELAIRE.
BRINDEAU.
JEANNIN.

Professeur sans chaire

J.-L. FAURE.
OMBREDANNE.
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
SERGENT.
Léon BERNARD
MATHIEU.
HOVELACQUE.
MULON.
VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN Pathologie médicale.
BENARD Henri Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.
BRULE Pathologie médicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CADENAT Pathologie chirurgicale.

MM.

CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHAILLEY-
BERT. Physiologie.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT .. Pathologie médicale.



MM.	
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER ..	Pathologie chirurgicale.
De GAUDART	
d'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HALPHEN ...	Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER ...	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
JOANNON	Chimie biologique.
LABBE Henri	Hygiène.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.

MM.	
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING ...	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHEL, Fils..	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphi- lographie.
TROISIER	Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY-RADOT	Pathologie médicale (Pasteur) .
VAUDESCAL ..	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.	
NEVEU-	
LEMAIRE	Parasitologie.
BETTERER ...	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.

MM.	
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER ..	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
METZGER	—
GUENIOT.....	—

V. — Chargés de cours

MM	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, Agrégé	Stomatologie
LEDoux LEBARD	Education physique.
WEILL-HALLE	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA FIANCÉE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommage de notre reconnaissance
et de notre admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. MORICE

*Professeur de Pathologie chirurgicale
à l'Ecole de Médecine de Caen*

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse.

Son remarquable enseignement restera pour nous inoubliable. Qu'il veuille bien accepter l'hommage de notre profonde reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A NOS MAÎTRES DES HÔPITAUX DE PARIS

A NOS MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN

A NOS MAÎTRES DE L'HÔPITAL DE CAEN

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. GUIBE

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Directeur honoraire de l'Ecole de Médecine de Caen

MONSIEUR LE PROFESSEUR LECORNU

Professeur de Clinique médicale

à l'Ecole de Médecine de Caen

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. VIGOT

Professeur de Pathologie médicale

à l'Ecole de Médecine de Caen

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. MORICE

Professeur de Pathologie chirurgicale

à l'Ecole de Médecine de Caen

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. COLLIN

Professeur suppléant de Clinique médicale

à l'Ecole de Médecine de Caen

En témoignage de notre reconnaissance pour l'enseignement, les conseils éclairés qu'ils nous ont donnés ; avec l'hommage de notre profonde gratitude.

A MESSIEURS LES DOCTEURS HISSARD ET LE RASLE

Médecins de l'Hôpital de Caen

Qui nous ont toujours réservé dans leurs services respectifs le meilleur accueil ; hommage de notre reconnaissance.

CONTRIBUTION à l'ETUDE
du MEILLEUR MODE de DRAINAGE
dans les APPENDICITES AIGUËS

Introduction

Après les nombreuses discussions engagées, ces dernières années, sur la question du drainage dans l'appendicite aiguë et dont l'apogée remonte au Congrès de l'Association française de chirurgie de 1927, il semble admis que certaines formes d'appendicites aiguës doivent être obligatoirement drainées après l'opération, que l'appendice ait ou n'ait pas été enlevé. Il est cependant encore un point en litige; il faut drainer, c'est entendu, mais quel est le meilleur mode de drainage?

Ce qui nous a incité à faire ce travail, ce sont les constatations que nous avons été amené à faire presque malgré nous, en étudiant les résultats opératoires de notre Maître le Docteur Morice, depuis l'année 1928. L'intérêt de cette statistique est qu'elle se trouve très nettement divisée en deux périodes : la première comprend les années 1928, 1929, 1930; la deuxième comprend les années 1931, 1932, 1933. Pendant les trois premières années, le Docteur Mo-

rice s'est contenté de drainer avec des tubes de caoutchouc, fenêtrés ou non, soit du modèle courant, soit du modèle appelé: drain-cigarette. Attribuant la plus grande part de ses échecs à la défectuosité du drainage, le Docteur Morice, en 1931, sans supprimer complètement le drain de caoutchouc, assura d'une façon constante le tamponnement des plaies opératoires par de longues mèches de gaze enveloppées souvent d'un sac à la Mikulicz.

Or en étudiant les observations des malades opérés chaque année, nous avons eu l'heureuse surprise de constater que l'innovation apportée dans la technique opératoire de notre Maître avait amélioré ses statistiques. Nous y reviendrons plus tard, mais nous tenons à faire observer ce qui fut l'origine de notre travail.

Pendant la période du drainage par tube de caoutchouc, la moyenne des décès fut de 9,3 pour cent ; pendant la seconde période, qui est celle du drainage par mèches au Mikulicz, la mortalité ne fut que de 4,3 pour cent. Bien que cette statistique soit relativement restreinte, puisqu'elle ne porte que sur 225 cas, elle présente un intérêt incontestable du fait de l'opposition nette entre les deux résultats opératoires précédents accompagnant des techniques différentes. D'autre part, il s'agit d'une statistique intégrale, et, s'il est probable que quelques cas n'aient pas été retenus par omission, il est certain que tous les décès y figurent.

Voici maintenant le plan que nous nous proposons de suivre: Après avoir, dans des chapitres spéciaux,

énuméré toutes les critiques formulées contre drains et mèches, et ensuite les différents avantages qu'ils offrent, nous exposerons un certain nombre de statistiques opératoires diverses après appendicites aiguës, que nous ferons suivre par celle qui nous intéresse plus particulièrement et qui nous apporte un témoignage en faveur du drainage par Mikulicz.

Critiques formulées

à la fois contre le drainage par drain

et le drainage par mèches

Le drainage serait inutile, parce que seul le péritoine est capable de se défendre, lorsque la cause de l'infection est supprimée. Le péritoine peut résorber une masse considérable de pus, et de plus, si le péritoine a été souillé au cours de l'acte opératoire, il saura lutter contre cet élément infectieux nouvellement apporté. Dans la Thèse d'Arnaud (Traitement des péritonites diffuses aiguës), des travaux importants ont démontré les grands moyens de défense du péritoine, qui sont au nombre de trois. Le péritoine digère, le péritoine résorbe, le péritoine détruit microbes et toxines, plus facilement que tous les autres tissus ou séreuses. Le péritoine a comme arme une phagocytose intense, fournie par une diapédèse intense de globules blancs, augmentée par une vascularisation plus grande. Les toxines se trouvent diluées et, de ce fait, leur action se trouve limitée, si on ajoute à cela les substances microbicides secrétées par la séreuse péritonéale, le péritoine digère et liquéfie d'abord fausses membranes, exsudats purulents, etc.

Le péritoine a un pouvoir de résorption considérable et variable suivant les différentes parties de sa séreuse.

Le drainage est dangereux parce qu'il va à l'encontre du but qui lui est fixé. Le drainage, au lieu de favoriser l'évacuation du pus hors de la cavité abdominale, le retient. Certes on a vu sourdre, en plus ou moins grande quantité, du pus hors de l'abdomen, lors de l'enlèvement du moyen de drainage. Sans nuire à la séreuse péritonéale, un lavage légèrement antiseptique aura vite raison de ce pus d'abondance et de purulence variable. Mais s'il est resté du pus, n'y en a-t-il pas eu d'évacué. Il est bien rare que, devant une quantité assez importante de sérosité abdominale, drains ou mèches n'aient pas fonctionné. Ceux qui, après avoir asséché complètement le péritoine, après avoir enlevé l'appendice, après avoir, autant qu'il est possible de le faire, enlevé la source de l'infection, confient, comme nous venons de le voir, le reste aux pouvoirs de destruction, de digestion et de résorption du péritoine. S'il y a drainage, le péritoine n'aura plus à lutter contre toute cette masse de pus formée, mais contre une partie notablement diminuée. Le péritoine aura toujours conservé ces qualités que nous venons d'énumérer; il n'aura jamais cessé de les utiliser surtout devant un travail considérablement allégé.

Du fait de cette rétention, le drainage peut favoriser l'extension de l'infection au niveau du péritoine. Drainer, c'est de plus créer un moyen de communication entre le milieu péritonéal et l'extérieur, mi-

lieu essentiellement souillé. Drainer, dans ce cas, serait non pas favoriser l'arrêt de l'infection, mais, ce qui serait très grave, ce serait fournir une source d'infection nouvelle. Cette infection nouvelle sera toujours due à des soins post-opératoires qui auront été négligés: Les pansements auront été mal faits, n'auront pas été assez fréquemment changés; le drain aura été enlevé trop tard, alors qu'il n'avait plus de travail à fournir. Le drainage serait encore dangereux parce qu'il est la cause de nombreux accidents que voici, par ordre de fréquence: éventrations, fistules intestinales, occlusions intestinales, embolies, douleurs à l'ablation. L'éventration est relativement rare, mais ce ne serait qu'une complication peu sérieuse, en comparaison de la gravité du premier acte opératoire. D'ailleurs, on l'a constatée parfois chez des opérés qui n'avaient pas été drainés. Les fistules intestinales sont rares également et ne se voient que lorsqu'il s'agit de tissus friables et mortifiés ou dont l'intégrité n'aura pu être conservée à la suite de manœuvres opératoires longues et difficiles. Faut-il incriminer drains et mèches? Nous répéterons ce qui a été dit au sujet de l'éventration. N'a-t-on pas vu les mêmes faits se produire après fermeture complète de l'abdomen, dont la paroi, par la suite, s'est ouverte seule ou qu'il a fallu de nouveau inciser pour libérer le flot de matières stercorales. Les blessures de vaisseaux ont été reprochées au drainage. Un drainage pas trop prolongé et conduit suivant une technique appropriée les évitera facilement. Les embolies se

voient aussi bien chez les non drainés que chez les autres. La douleur elle-même sera bien minime, si le drain ou la mèche est enlevé au moment opportun. Drainer pour certains, c'est donc diminuer les propriétés de défense du péritoine; c'est introduire un corps étranger dans un péritoine qui ne demande qu'à se défendre seul? Ces corps étrangers, par leur présence et leur frottement constant avec la séreuse péritonéale, vont léser cette séreuse et la faire sécréter au lieu de la tarir. De plus, l'ouverture de l'abdomen va troubler la tension péritonéale qui ne sera plus normale et ainsi troublera la circulation de tout un tissu infecté.

Critiques formulées contre le drain de caoutchouc seulement

En plus des inconvénients que l'on reproche en commun au drain de caoutchouc et à la mèche ou au Mikulicz, il en est d'autres qui s'appliquent particulièrement à l'un et à l'autre. Ainsi le drain est, en très peu de temps, encapsulé par de fausses membranes dues à de la péritonite adhésive, et cela au bout de douze à quatorze heures. Il ne draine que l'espace restreint situé entre lui et le manchon formé autour de lui par le cloisonnement définitif du péritoine. De plus, les anses intestinales vont venir s'accoler aux lumières du drain, aidées qu'elles sont par la pression abdominale (anses intestinales et action du diaphragme), pression positive, et les obturer complètement. Voudrait-on par aspiration faire sortir le liquide, nous n'aurons qu'un accollement plus fort de l'anse intestinale contre l'orifice tubulaire. Le drain peut facilement glisser dans la cavité péritonéale, il peut par sa rigidité ulcérer des vaisseaux et être de ce fait la cause d'hémorragies graves non seulement par la quantité de sang épanché, mais par la présence d'un milieu de culture nouveau.

Critiques formulées contre le drainage par mèches ou Mikulicz

Pour certains auteurs, alors que le drain fonctionne, la mèche elle ne draine pas (M. P. Thierry: « Le drainage par mèche est très relatif et va à l'encontre de son but. J'ai autrefois démontré à la Commission des gazes de l'assistance publique que certaines gazes, suivant le blanchiment Tarare ou des Vosges, suivant leur degré de stérilisation, sont privées de leurs propriétés hydrophiles; il n'y a plus d'imbibition et, non seulement la montée du liquide ne se fait plus, mais la gaze fait bouchon. ») De plus, la viscosité, les fausses membranes des liquides sécrétés ne faciliteront pas le drainage par capillarité. La mèche serait donc plus dangereuse que le drain et son rôle serait d'obturer la cavité abdominale au lieu d'en assurer l'évacuation. On a nié le pouvoir de capillarité de la gaze, et on a ajouté que les liquides ne peuvent pas s'écouler hors de l'abdomen, arrêtés qu'ils sont au niveau de la paroi trop petite par rapport à la surface des mèches (Hartmann). Bien plus encore, un étranglement trop accentué peut inverser le sens du courant (expériences de Boxer et Novak);

ceci est une question de technique. Une ouverture suffisamment large, un renouvellement soigneusement exécuté des pansements extérieurs, sauront éviter ce danger, assurer l'intégrité du pouvoir de capillarité du Mikulicz, et de là, créer une barrière infranchissable pour les germes venant du dehors. Il a été reproché au Mikulicz la facilité avec laquelle on pouvait laisser des débris de gaze à l'intérieur du péritoine, par suite d'une déchirure du sac. L'occlusion intestinale a été également un reproche souvent adressé au Mikulicz; mais cet accident sera dû à une mise en place mal exécutée; il y aura eu coincement d'une anse intestinale entre le sac et la paroi abdominale postérieure. La gaze, par suite de son attachement assez intime avec les anses, pourra, lors d'un enlèvement un peu trop précoce ou trop rapidement exécuté, être la cause d'une déchirure. Ceci est facile à éviter, par la douceur et un enlèvement propice. L'éventration serait plus fréquente avec le Mikulicz qu'avec le drain. Ceci a été contesté par le Professeur Auvray pour qui le Mikulicz « laisse une surface granuleuse mieux faite pour se cicatriser que l'orifice d'un drain à travers la paroi abdominale ».

Si la mise en place du sac à la Mikulicz a été bien et soigneusement exécutée, tout danger d'occlusion par compression sera écarté. Si l'enlèvement du sac se fait ni trop tôt ni trop tard, s'il est fait avec douceur, seront évitées les occlusions, les déchirures intestinales, et la douleur. Quant aux éventrations, le Professeur Jean-Louis Faure estime qu'il n'existe pas une éven-

tration sur dix cas; et, à son avis, ceci n'est pas un reproche suffisant devant la gravité de certains cas :
« Si 10 Mikulicz me donnaient 10 éventrations, me permettant d'éviter une seule mort, je mettrais 10 Mikulicz d'un cœur reconnaissant ».

Avantages attribués aux divers modes de drainage

Le drainage a pour but de suppléer ou plutôt de pallier à l'insuffisance de défense du péritoine. Trois facteurs principaux marquent l'origine de cette insuffisance. Il y a d'abord l'état d'infection des lésions, ensuite les détails de l'acte opératoire, et enfin la possibilité de nouveaux accidents. Ce que l'on veut assurer par le drainage proprement dit, c'est assurer un moyen de communication entre l'extérieur et la cavité abdominale infectée. Ce que l'on veut, c'est assurer l'écoulement des liquides péritonéaux, résultat de cette infection, et dont la résorption, entraînant dans l'organisme une dose massive de toxines, pourrait être excessivement dangereuse. Pour cela, on disposera des tubes de caoutchouc ou des mèches dont le rôle sera d'entretenir une évacuation continue des exsudats suspects. Le drainage sera très utile et même indispensable devant une péritonite où les anses intestinales baignent dans un pus abondant. Le péritoine sidéré par l'infection n'aura pas eu le temps de se défendre contre elle, et verra ses moyens de défense anéantis avant d'avoir été utilisés. Le drainage, nous

l'avons dit au début, dépend de l'état des lésions. Il y a-t-il infection péritonéale aiguë et diffuse? Il y a-t-il présence de pus septique et très toxique? Il faut, après avoir supprimé l'élément, la source première des accidents, évacuer d'une façon continue tout ce pus : La séreuse est gravement atteinte; du fait de cette atteinte dans son élément anatomique, elle aura perdu une partie plus ou moins grande de ses propriétés physiologiques et, par cela même, une partie de ses propriétés défensives. « Cette séreuse profondément altérée a perdu la plupart de ses qualités particulières; avec l'endothélium de revêtement ont disparu de nombreux et efficaces moyens de défense. Il ne s'agit plus d'une séreuse au sens anatomique du mot, mais de tissu cellulaire sous-péritonéal dont on connaît les facilités d'infection. » Que ce soit une suppuration enkystée, que ce soit une suppuration diffuse, l'endothélium aura disparu, il faut donc évacuer le pus, il faut donc drainer. Des détails opératoires dépend également le drainage. Certes, si toutes les sources infectieuses sont écartées, définitivement supprimées, si tout danger de réinfection est écarté, le drainage serait inutile; mais le chirurgien peut-il toujours assurer qu'il a enlevé dans sa totalité l'appendice malade, tous les tissus mortifiés, nécrosés, qu'il a fait une péritonisation complète? Le drainage apporte son concours devant des manœuvres opératoires longues et laborieuses, et pourra combattre par la suite les agents infectieux qui auraient pu s'introduire au niveau du péritoine ou se disséminer. Le drainage aura

également comme but d'abréger une opération qui, chez des malades déjà très intoxiqués, conduits très tardivement vers le chirurgien, chez des affaiblis, chez des pléthoriques, des obèses, des hypotendus, pourrait être dangereuse.

En présence de tissus mortifiés qui ne l'étaient pas encore ou qui sont passés inaperçus au moment de l'acte opératoire, et s'il se produit une hémorragie, une perforation, le drainage est appelé à jouer un grand rôle. Ce ne sera plus un accident en vase clos, mais dans un milieu communiquant déjà avec l'extérieur. Par suite de l'état de moindre résistance du malade, ou par la persistance d'un germe infectieux, se produit-il un nouvel accident: le drainage va immédiatement en atténuer les effets. Par leur présence, les divers modes de drainage vont constituer dans l'abdomen des corps étrangers. La séreuse péritonéale réagit; il va se produire une vaso-dilatation locale, un exsudat abondant, et par cela même une dilution des produits toxiques. De plus, les leucocytes, appelés par ces corps stérilisés, vont venir lutter contre les agents, causes de l'infection première.

Avantages attribués au drainage par tube de caoutchouc

Le drain de caoutchouc présente certaines qualités qui lui sont propres. Il n'est pas compliqué. Il est net. Sa mise en place est très facile. Il est propre; on peut le stériliser plus sûrement que la gaze; sa stérilisation est moins compliquée. Le drain assure une évacuation suffisamment prolongée pour permettre en quelque sorte au péritoine, sidéré par l'infection, de se ressaisir, et de mettre en œuvre ses moyens de défense. La lumière du drain est assez grande pour obtenir un écoulement des liquides, des produits septiques, d'exsudats et même de certains débris sphacelés, mortifiés. Il est rare qu'un drain ne puisse pas fonctionner pendant au moins vingt-quatre heures et cela d'une façon certaine et régulière. L'écoulement se fera encore plus certainement si on lui aide par de la compression abdominale. Son action ne sera plus alors localisée à une partie peu étendue de la cavité péritonéale. On pourra encore l'aider en faisant de l'inspiration par un moyen approprié, tel que Gauthier, par exemple, l'a exposé en 1926 à la Société de chirurgie. Le drain sera diminué facilement de longueur quand cela semblera nécessaire, il pourra être changé si on veut en diminuer le calibre. Et ce qui n'est pas à négliger, toutes ces transformations se feront sans que le malade puisse en souffrir.

Avantages attribués au drainage par Mikulicz

Le Mikulicz est un procédé de drainage excellent. Il draine les liquides sans demander aide à la pression abdominale; il suit non pas les lois de la pesanteur, mais les lois de la capillarité. Les fils du Mikulicz forment un corps poreux dont les interstices peuvent être assimilés à une infinité de canaux capillaires très étroits, par où se fera l'ascension des liquides. Dès sa mise en place, il est immédiatement envahi par les sérosités secrétées qui vont remonter vers les parties non imbibées, c'est-à-dire vers l'orifice abdominal, pour aller imprégner la gaze du pansement extérieur. Le changement de ce dernier permettra l'ascension continue du liquide. Ce pansement extérieur, qui recueille les liquides péritonéaux, sera de plus une barrière pour les germes microbiens venant de l'extérieur.

Le Mikulicz isole le foyer infecté du reste du péritoine. Il est difficile au chirurgien d'assurer que toute source d'infection est définitivement supprimée. En maintenant la plaie opératoire toujours béante, la gaze fait communiquer la partie du péritoine infectée avec l'extérieur et permettra ainsi la pénétration

d'oxygène dans la plaie. Le rôle de barrière du Mikulicz permettra d'assurer l'arrêt de l'infection; il va, par tassement des anses intestinales, réaliser une immobilisation du milieu péritonéal et éloigner ainsi tout danger de péritonite diffuse. Par la présence de plusieurs mèches, on peut, par tassement plus ou moins énergique, tamponner, isoler plus particulièrement un point qui semble devoir l'être davantage. Voici, à ce sujet, les paroles de Termier de Grenoble: « Un rôle important du Mikulicz est d'empêcher une diffusion brutale de l'infection. Carrel en a montré la genèse dans les plaies opératoires intestinales et qui est due en grande partie au brassage produit par les anses grêles et l'épiploon. Par le Mikulicz, on réalise en quelque sorte un blocage temporaire de la région infectée sur laquelle les anses grêles ne peuvent venir cueillir et diffuser les germes septiques ». Lorsque nous nous trouverons en présence d'une surface qui ne sera plus recouverte de péritoine par suite de l'infection ou par suite d'une péritonisation impossible à exécuter, le Mikulicz va jouer un grand rôle protecteur vis-à-vis du sous-péritoine, tout particulièrement sensible à l'infection. En un mot, le Mikulicz réalise l'exclusion d'une zone septique et évite ainsi la contamination de proche en proche du péritoine.

Ce qui fait surtout l'intérêt du Mikulicz, c'est d'être la cause d'une création rapide d'adhérences sur une surface plus ou moins étendue, et cela, suivant la volonté de l'opérateur. Le péritoine, déjà isolé du milieu infecté, déjà isolé de la zone opératoire qui aura pu

devenir septique au cours de manœuvres opératoires pénibles, va pouvoir se défendre, n'étant pas « si-déré » par la force écrasante de l'infection; appel leucocytaire intense, dépôt de fibrinogène au dépend de la sérosité, formation de plaques de fibrine qui, d'abord avasculaires, vont bientôt s'organiser et créer entre le milieu infecté et le reste du péritoine un solide obstacle. Ces adhérences établies immédiatement au contact du sac de gaze permettront à ce dernier de se délivrer de son adhérence intime avec les tissus qui l'environnent. Son enlèvement n'en sera que plus facilité.

A ce pouvoir de créer des adhérences, le Mikulicz joint celui d'être hémostatique. Au cours de l'opération, certains actes auront pu avoir comme conséquences la rupture d'adhérences déjà établie, d'où hémorragie; une perte de péritoine mettra à nu une surface cruentée, saignante, sur laquelle toute tentative de ligature serait impossible et pour laquelle seul un tamponnement avec la gaze pourra assurer l'hémostase complète et durable: une hémostase parfaite. La gaze, par sa souplesse, contrairement au drain, ne risque pas de blesser les tissus des vaisseaux sanguins.

Loin de provoquer des occlusions par accolement ou couture de l'intestin, un Mikulicz bien établi « dans une loge préalablement déblayée de toutes les anses intestinales, semble la meilleure garantie contre les occlusions post-opératoires précoces si souvent provoquées par un petit suintement septique ou hémorragique au niveau d'une surface dénudée ».

La rareté des éventrations, dont l'origine est un Mikulicz, est un fait contrôlable chaque jour. Si l'enlèvement du sac n'est pas trop tardif, on ne s'exposera pas à pareil accident. L'éventration est chose réparable et relativement bénigne en comparaison des accidents dus à une fermeture trop complète et trop rapide d'une cavité où pourraient exister des germes encore virulents et capables d'engendrer, surtout en vase clos, une véritable catastrophe. Bien mieux, le Mikulicz est une sécurité contre l'éventration. Ce qui fait l'éventration, ce n'est pas l'absence de sutures de la paroi, mais c'est l'adhérence d'une ou plusieurs anses intestinales aux lèvres de l'ouverture abdominale. Un refoulement de l'intestin bien maintenu, et c'est celui qui nous est donné par le Mikulicz, permettra d'éviter cet accident souvent injustement reproché.

Mais surtout, et c'est ce qui est de beaucoup le plus important, par le Mikulicz on va réaliser, pour le péritoine envahi par des germes microbiens virulents, ce qui est toujours fait pour toute plaie infectée, on va réaliser une ouverture permanente du foyer. Le Mikulicz permettra de poser un pronostic plus favorable, lorsqu'il s'agira d'état péritonéal grave et datant de plusieurs jours.

Statistiques diverses de résultats opératoires pour appendicites aiguës

ADAMS (J.-C.).

A London Hopital : 1.757 cas ; Mortalité : 7,9 %.

A Saint-Thomas : 801 cas ; Mortalité : 9,6 %.

BAUER.

Le drainage donne une mortalité de 12 %.

BLACK (J.-M.).

Cas : 340 ; Mort : 4 %.

223 cas d'appendicites simples 0,49 %

64 cas d'appendicites drainées pour abcès.. 4,7 %

53 cas d'append. drainées (péritonite gén.). 18,8 %

BOTREAU-ROUSSEL.

(Hôpital militaire Michel-Lévy, à Marseille)

Cas : 136. 3 morts. Mort : 2,13 %.

Cas drainés : 26 ; donnent 11 % de décès (mikulicz).

BRUNN (Von).

La fermeture donne 521 % de décès.

Le drainage donne 15,5 de décès.

BRUNNGAARD.

(Hôpital de Drammen, de 1895 au 1^{er} janvier 1930)

548 cas de périt. localisée.. 14 décès Mort. : 25 %

230 cas de périt. généralisée 63 décès Mort. : 27 %

575 cas d'abcès append..... 32 décès Mort. : 5,5 %

CHEVRIER.

251 cas. 15 morts, soit 5,97 de mortalité.

	Cas	Morts	Drainage
1 ^{er} jour	79	1	48
2 ^e jour	47	5	22
3 ^e jour	16	0	11
Au delà.....	19	2	11

DUVAL (Pierre).

Rapporte 2.000 cas d'appendicites aiguës opérées d'urgence.

Dans les hôpitaux de Paris : 8 à 9 % de mortalité.

DUVAL (Pierre) et AMELINE.

752 cas d'appendicite opérés d'urgence :

Fermeture si sérosité dans le péritoine

Fermeture si appendice non sphacélé

Drainage dans les autres cas

Jamais de Mikulicz

66 des cas ont été drainés.

67 décès, donnant une mortalité de 8,9 %.

FERREY (M.).

175 cas d'appendicites aiguës, 2 morts. Soit 1,1 % de mortalité.

DE FOURMESTREUX.

1° 860 appendicites à chaud. Mortalité : 3 %.

126 cas drainés (caout.).

75 Mikulicz.

2° A l'hôpital de Chartres et en clinique du 1^{er} juin 1920
au 1^{er} juin 1931 :

1.030 appendicites à chaud. Mortalité : 4,05 %.

FOESTER (W.).

116 cas d'appendic. drainés ont donné 8 morts, soit 6,8 %.

227 cas non drainés ont donné 8 morts, soit 3,52 %.

GOGUILLON.

759 cas (328 d'OMBREDANNE).

Lors du drainage, mortalité : 17 %

Une fois supprimé en 1925, mortalité : 9,7 %
en 1926, mortalité : 12,5 %

HARTMANN.

510 opérations.

51 morts.

Mortalité : 10 %.

(Le quatrième jour, dans les péritonites diffuses, la mortalité va jusqu'à 40 %.)

(Le drainage par gros drain est préféré au Mikulicz.)

HUSTINX.

(Heerlen, Hollande)

315 appendicites à chaud.

Dans 100 cas, malgré une perforation, il a drainé 19 fois et a eu 6 morts.

LE JEMTEL.

299 cas de péritonites appendiculaires.

204 drainages (drains ou Mikulicz).

12 morts.

Mortalité : 4 %.

KUMMER.

889 appendicites aiguës.

257 drainages.

7 Mikulicz : 1 succès, 6 morts.

250 drainages (caout.) : 42 morts : 16 %

8 cas non drainés : 2 morts : 25 %

LASCAUX (R.).

1^{re} période : emploi de drains ou de mèches : résultats médiocres : 8 % de décès.

2^e période : emploi large du Mikulicz.

Depuis 1925

650 appendicites aiguës.

458 Mikulicz, soit 62 %.

22 morts, soit 4 %.

242 cas non drainés ont donné 2 morts :

une par embolie,

une par péritonite.

MÉTIVET (G.).

Rapporte 77 cas d'appendicites aiguës, dont la moitié gangrénées :

3 morts, soit 3,8 %. (Ces cas ont été opérés tôt.)

28 opérations tardives.

14 appendicites aiguës : 3 morts, soit 21,5 %.

10 abcès ouverts : 3 morts, soit 30 %.

4 péritonites diffuses : 2 morts, soit 50 %.

MARCHINI FRANCO.

(Hôpital de Forti)

237 cas d'appendicites aiguës, dont 23 avec drainage,

2 morts, soit 8,7 %,

et 212 sans drainage : sans décès.

290 péritonites circonscrites :

175 avec drainage : 9 morts, soit 5,2 %.

115 sans drainage : 2 morts, soit 1,7 %.

104 péritonites diffuses :

70 avec drainage : 31 morts, soit 43 %.

34 sans drainage : 7 morts, soit 2 %.

Malgré cette statistique, l'auteur conseille le drainage.

Age avancé du patient ;

Etat grave de toxi-infection ;

Appendicectomie impossible ;

Mauvais aspect du péritoine ;

Défense locale médiocre ;

Hémorragie en nappe ;

Opération tardive.

K. NATHER (Vienne).

(Hôpital Recanati)

7 appendicites aiguës : 0 décès.

11 péritonites circonscrites, 7 drainages : 1 mort.

2 péritonites diffuses : 0 mort.
700 cas d'appendicites aiguës. Mortalité de 19 %.
Dans les cas non drainés :
6 % d'abcès dont 3,6 % durent être incisés.

OMBREDANNE (36^e Congrès).

Rapporte 65 cas de péritonites diffuses.
Mortalité 30 % chez les non drainés.
67 % chez les cas drainés.

R.-J. Mc. NEILL LOVE.

2018 cas d'appendicites aiguës.
Mortalité : 5,45 %.

POULIQUEN.

60 cas d'appendicites aiguës.
4 morts, soit 6,6 %.

RIEDEL (Années 1925 et 1926).

715 cas d'appendicites aiguës, dont :
399 appendicites aiguës, 2 décès, soit 0,5 %.
100 péritonites localisées, 11 décès, soit 11 %.
58 péritonites diffuses, 7 décès, soit 12 %.
31 abcès, 4 décès, soit 19,9 %.
127 appendicites subaiguës, 1 décès, soit 0,78 %.
(drainages des péritonites.)

ROUX-BERGER.

28 cas opérés par M. Hertz, dont :
15 avec Mikulicz,
2 décès, soit 13,3 %.
et 13 morts avec simple drainage,
4 morts, soit 30 %.
Au total : 28 cas
6 morts, soit 21,5 %.

M. SCHWARTZ.

82 cas opérés d'urgence.
3 décès, soit 3,6 %.
51 cas sans aucun drainage.

12 avec drains.

10 avec Mikulicz.

RILLET.

40 malades atteints de péritonites suppurées généralisées,
opérées sans drainage ont tous guéris.

SIERRO (Genève).

En 7 ans :

889 appendicites opérées au stade aigu, dont :

257 péritonites plus ou moins diffuses.

Parmi ces 257 cas :

8 fermetures sans drainage

2 morts, soit 25 %.

249 drainages

42 morts, soit 16,8 %.

Appendice enflammé.....	37 cas	1 mort
Péritonite localisée.....	61 cas	5 morts
Péritonite circonscrite	33 cas	0 mort
Péritonite avec abcès.....	32 cas	4 morts
Péritonite généralisée	96 cas	32 morts

STERN et CLÉMENT.

298 cas d'appendicites aiguës.

14 morts, soit 4,6 %.

142 opérations avec drainage (mèches et gros drain)
ont donné 14 décès, soit une mortalité de 9,1 %.

M. POUL THIERY.

En cas de péritonites généralisées :

1^{re} période : très peu de drainage : Mortalité grande.

2^e période : grand drainage par mèches ou drains : Mor-
talité 70 %.

3^e période : drainage par drains et mèches donne une
mortalité de 15 à 20 %.

VANLANDE M.

(Alger, Hôpital Maillot)

77 cas d'appendicites aiguës.

Mortalité 6,5 % (drainage si pus franc dans l'abdomen).

STATISTIQUES DE RÉSULTATS OPÉRATOIRES D'OPÉRATIONS
POUR APPENDICITE AIGUES

D^r MORICE.

Division en deux périodes :

1^{re} période comportant l'emploi de drains de caoutchouc
comprend les années :

1928 (à partir du 1^{er} septembre).

1929

1930

2^e période comportant l'emploi large du Mikulicz comprend
les années :

1931

1932

1933 jusqu'au 1^{er} septembre).

STATISTIQUES PRÉSENTÉES PAR LE DOCTEUR MORICE

1^{re} Période

Année : 1928 (à partir du 1^{er} septembre).

Cas : 16.

Décès : 1.

Mortalité (pour cent) : 6,3.

Lésions	Cas	Drains	Mikulicz	GUÉR.	MORTS
Appendicites aiguës simples sans réaction péritonéale appréciable	6	0	0	6	0
Avec liquide bouillon sale.	3	0	0	3	0
Gangrène appendiculaire sans perforation. Liqui- de bouillon sale ou adhérences épiplœiques..	2	1	0	2	0
Perforations appendiculai- res avec liquide bouil- lon sale	2	2	0	2	0
Avec péritonite localisée..	1	1	0	1	0
Avec péritonite générali- sée	2	2	0	1	1

Drainages : 6.

Mort : 1.

Mortalité : 16 %.

1^{re} Période

Année : 1929.

Cas : 33.

Décès : 3.

Mortalité (pour cent) : 9,9.

Lésions	Cas	Drains	Mikulicz	GUÉR.	MORTS
Appendicites aiguës simples sans réaction péritonéale appréciable	10	0	0	10	0
Avec liquide bouillon sale.	5	0	0	5	0
Gangrène appendiculaire sans perforation. Liquide bouillon sale ou adhérences épiplœiques..	6	0	0	6	0
Perforations appendiculaires avec liquide bouillon sale	4	3	1	4	0
Avec péritonite localisée..	5	5	0	3	2
Avec péritonite généralisée	3	3	0	2	1

Drainages : 11.

Morts : 3.

Mortalité : 27 %.

1^{re} Période

Année : 1930.

Cas : 34.

N

Décès : 4.

Mortalité (pour cent) : 11,7.

Lésions	Cas	Drains	M'kulicz	GUÉR	MORTS
Appendicites aiguës simples sans réaction péritonéale appréciable....	10	0	0	10	0
Avec liquide bouillon sale..	7	1	0	7	0
Gangrène appendiculaire sans perforation. Liquide bouillon sale ou adhérences épiploïques..	6	2	0	5	1
Perforations appendiculaires avec liquide bouillon sale	4	3	1	3	1
Avec péritonite localisée..	4	4	0	2	2
Avec péritonite généralisée	3	3	0	3	0

Drainages : 13.

Morts : 4.

Mortalité : 30 %.

2^e Période

comprenant les années : 1931, 1932, 1933 (8 premiers mois)

Année : 1931.

Cas : 55.

Décès : 3.

Mortalité (pour cent) : 5,27.

Lésions	Cas	Drains	Mikulicz	Guér.	Morts
Appendicites aiguës simples sans réaction péritonéale appréciable....	30	0	0	30	0
Avec liquide bouillon sale.	4	1	0	4	0
Gangrène appendiculaire sans perforation. Liquide bouillon sale ou adhérences épiploïques..	3	1	2	3	0
Perforations appendiculaires avec liquide bouillon sale	10	2	8	9	1
Avec péritonite localisée..	6	2	6	5	1
Avec péritonite généralisée	2	1	2	1	1

Drainages (Mikulicz) : 21.

Morts : 3.

Mortalité : 17 %.

2^e Période

Année : 1932.

Cas : 49.

Décès : 2.

Mortalité (pour cent) : 4,08.

Lésions	Cas	Drains	Mikulicz	Guér	Morts
Appendicites aiguës simples sans réaction péritonéale appréciable.....	21	0	0	21	0
Avec liquide bouillon sale.	4	0	0	4	0
Gangrène appendiculaire sans perforation. Liquide bouillon sale ou adhérences épiploïques..	7	0	4	7	0
Perforations appendiculaires avec liquide bouillon sale	12	4	12	10	2
Avec péritonite localisée..	3	1	3	3	0
Avec péritonite généralisée	2	0	2	2	0

Drainages (Mikulicz) : 18.

Décès : 2.

Mortalité : 10,5 %.

2^e Période

Année : 1933.

Cas : 42.

Décès : 1.

Mortalité (pour cent) : 2,37.

Lésions	Cas	Drains	Mikulicz	GUÉR.	MORTS
Appendicites aiguës simples sans réaction péritonéale appréciable....	20	0	0	20	0
Avec liquide Bouillon sale.	5	1	0	5	0
Gangrène appendiculaire sans perforation. Liquide bouillon sale ou adhérences épiploïques.	9	0	4	9	0
Perforations appendiculaires avec liquide bouillon sale	6	2	6	5	1
Avec péritonite localisée..	1	0	1	1	0
Avec péritonite généralisée	1	0	1	1	0

Drainages (Mikulicz) : 12.

Décès : 1.

Mortalité : 8,33 %.

Conclusion

En résumé, le drain présente incontestablement certains avantages; il est net, facilement stérilisable; il ne constitue jamais par lui-même un milieu de culture. Théoriquement, il met une cavité infectée en communication directe avec l'extérieur, permettant de faire l'aspiration des liquides. On peut le retirer ou le mobiliser sans douleurs. Par contre, le drain se bouche rapidement et il n'est pas toujours facile de le remettre en place, après l'avoir retiré pour le nettoyer. Il provoque autour de lui des cloisonnements par adhérences, qui limitent considérablement son champ de drainage. Enfin et surtout, il est dangereux, il forme un corps étranger constitué d'une matière relativement dure, d'où irritante pour le péritoine. Il ulcère soit des vaisseaux, déterminant des hémorragies parfois mortelles, toujours néfastes, parce qu'elles donnent un coup de fouet à l'infection, soit une anse intestinale, et cette perforation entraînera une fistule stercerale qui assombrira le pronostic.

Quand à la mèche ou au Mikulicz, de par sa confection même, elle pourra s'immiscer dans les replis de la cavité péritonéale infectée, sans exercer de traumatismes appréciables. Elle draine véritablement par

aspiration, par capillarité; il semble qu'autour d'elle, se forme un afflux leucocytaire favorable à la défense locale. On pourrait presque dire qu'elle constitue dans la cavité péritonéale une sorte d'abcès de fixation. En un mot, aider la séreuse péritonéale dans la lutte qu'elle soutient contre les germes microbiens, jusqu'à ce que ceux-ci aient été détruits ou très atténués, semble être son rôle. Mais, de plus, elle aussi, elle favorise sur une vaste étendue la constitution d'adhérences, mais d'une façon moins brutale, semble-t-il; et cela seulement après que son rôle considérable de capillarité aura été rempli, après qu'elle aura mis obstacle à la diffusion des germes infectieux. Que sont ses inconvénients? Après quelques jours, le pansement dégage une odeur de plus en plus fétide. La mobilisation de la mèche est relativement douloureuse; encore est-il juste de dire qu'en retirant celle-ci dans les délais normaux, le chirurgien ne provoquera pas la douleur. En agissant ainsi et avec douceur, il supprimera totalement le danger d'hémorragies secondaires et de perforation intestinale. On a objecté que le drainage par mèches ou par Mikulicz provoquait plus d'éventrations que les drains. Nous ne croyons pas que cette objection puisse tenir devant les faits. Pour notre part, nous avons constaté autant sinon plus d'éventrations avec le drain qu'avec la mèche.

Enfin, nous nous sommes trouvé en présence de diverses statistiques d'opérations pour appendicites aiguës, et presque toutes sont en faveur du drainage.

Celle qui fut l'objet de notre étude, a pu être divisée en deux périodes, par ce fait même qu'une modification importante avait été apportée dans la technique du chirurgien. L'amélioration des résultats opératoires est considérable, puisque la mortalité est tombée de 9, 3 à 5,2 pour cent. Les malades ont été opérés dans les mêmes délais, les soins pré et post-opératoires ont été à peu près les mêmes. Nous croyons donc raisonnable d'attribuer la diminution brutale de la mortalité survenue au moment où les drains faisaient place aux mèches. En étudiant cette statistique, on est amené à constater que, parmi les cas d'appendicite aiguë grave, qui ont nécessité un drainage, la mortalité fut de 16, 27, 30 pour cent avec le drain de caoutchouc et de 17, 10, 5,8 pour cent avec le Mikulicz. Il est inutile d'insister sur l'éloquence de ces chiffres. Mieux qu'aucune explication, ils démontrent l'efficacité du drainage par mèches suivant la méthode de Mikulicz, qui nous permet de laisser ouvert un foyer infecté.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT,
J.-L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLETY.

Bibliographie

- ADAM. — Drainage tubulaire en chirurgie abdominale. *Lancet*, 1914, t. I, p. 1174.
- Etude sur la mortalité dans l'appendicite aiguë. *The British medical Journal*, n° 3355, 18 août 1925, pp. 723-725.
- ALBRECHT. — Sur le drainage de la cavité abdominale. *Wiener Klinische Wochenschrift*, an. 37, n° 1, 3 janvier 1925, pp. 27-60.
- ANDRÉ (G.). — Le drainage du péritoine par la méthode de Mikulicz. *Thèse de Paris*, 1925.
- ANGELESCU et CHITESCU. — Traitement de la péritonite généralisée appendiculaire. *Romania medicala* (Bucarest), an. 5, 5 mars 1931.
- ARNAUD. — Traitement des péritonites aiguës. *Thèse de Lyon*, 1910.
- ASHURST. — Mortalité dans l'appendicite. *Annals of surgery* (Philadelphie), vol. n° 1, janvier 1927.
- AUVRAY. — *Société de chirurgie*, Paris. Séance du 23 juin 1926.
- BARLEY. — Appendicite aiguë. *Annals of surgery*, vol. 96, n° 4, octobre 1932.
- BASH et MALBEC. — Statistique des opérations d'appendicite en 1929 et 1930. *La Prensa medica Argentina* (Buenos-Aires), an. 18, n° 24, 30 janvier 1932.
- BASTIANELLI. — Péritonites aiguës de l'appendicite. *Il policlinico* (Sezione pratica), Rome, an. 40, n° 23, 5 juin 1933.
- BAUER. — Appendicites aiguës. *Strasbourg médical*, an. 92, n° 7, 5 mars 1911, p. 141.

- BEC et MICHEL. — Traitement des appendicites aiguës. *Cahiers de Pratique médico-chirurgicale*, Avignon, an. 5, n° 5.
- BALDEWIN. — Methode de drainage en chirurgie pelvienne et abdominale. *The Amer. jour. obst. and Diseases of Women and Children*, janvier 1910.
- BEGOUIN. — Trait. de l'appendicite aiguë. *Journal de médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, añ. 105, n° 25, 25 déc. 1918.
- BÉRARD et VIGNARD. — *L'appendicite* (Paris, Masson, 1914).
- BERTONE. — Conseils sur le traitement de l'appendicite suppurée. *Gazzetta degli Ospedale e delle Cliniche* (Milan), an. 67, n° 51, décembre 1926.
- BERRUYER. — Drainage du péritoine dans les péritonites aiguës. *Thèse de Paris*, 1901-1902.
- BESSIEUX (G.). — Contribution à l'étude de l'appendicectomie. *Thèse de Montpellier*, n° 33, 1929.
- BILLET. — La fermeture systématique du péritoine sans drainage dans les péritonites suppurées d'origine appendiculaire. *Journal des Sciences médicales de Lille*, p. 373, an. 48, nov. 1925.
- BLACKE. — *American journal of the medical science*, 1907, p. 454.
- BLACK (J.-M.). — Résultats de 340 cas d'appendicite aiguë. *The british medical journal*, 24 décembre 1932, pp. 1136-1139.
- BLASSLEYET GAREISO. — *Drainage ilio-lombaire dans la péritonite appendiculaire* (Buenos-Aires), an. 6, n° 12, déc. 1928.
- BONNEAU. — Drainage de l'appendicite à chaud. *Presse médicale de Paris*, an. 32, n° 48, 17 juin 1925, p. 804.
- BOTREAU-ROUSSEL. — Sur l'intervention dans l'appendicite aiguë. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie* (Nat.), tome 57, n° 21, 20 juin 1931.
- BOWER. — Péritonite extensive secondaire à l'appendicite. *Surgery Gynecology and obstetrics* (Chicago), t. 54, n° 5, mai 1932, p. 845.

- BOXER et NOVAK. — Etude expérimentale du drainage. *Wiener-klin. Chir.*, p. 9, février 1910.
- BRENANS. — Drainage à la Mikulicz, et ses inconvénients. *Thèse de Lyon*, 1893, n° 94.
- BRESSAT. — Quand et comment faut-il drainer devant une appendicite aiguë. *Progrès médical*, n° 10, 5 mars 1927.
- Traitement de l'appendice aiguë. *Paris médical*, 1924, n° 15, 12 avril, p. 33.
- BURDEN (V. G.). — Post-operative management of appendiceal peritonitis. *American J. Surg.*, 12 mai 1931, pp. 294-298.
- CADENAT (F.-M.). — Toute appendicite aiguë doit être opérée sur le champs même après 48 heures. *L'Hôpital*, paris, 16, 1928, n° 229, 15 octobre, p. 748.
- Faut-il drainer les appendicites aiguës. *L'Hôpital*, Paris, 15, n° 187 bis, avril, p. 205.
- Drainage par Mikulicz. *Société nationale de Chirurgie*, Paris, 22 décembre 1926.
- Quelques cas graves d'appendicite aiguë. *Concours médical*, 9 août 1925.
- CHALIER. — Considérations pratiques sur l'appendicite aiguë et son traitement. *Notes pratiques d'actualité médicale*, 7, n° 70, octobre, p. 517.
- La question du drainage dans l'opération de l'appendicite aiguë à différentes époques. *Bruxelles médical*, 1927, n° 24, 10 avril, p. 750.
- A propos du diagnostic et du traitement de l'appendicite aiguë. *Presse médicale*, n° 81, 9 octobre 1929, p. 1315.
- Drainage dans l'appendicite aiguë. *Congrès de Chirurgie*, 1926.
- CHAMBARD. — 550 cas d'appendicite à chaud. *Archives médico-chirurgicales de province*, 20, n° 11, nov. 1930, p. 345.
- CHAPEYRON. — Traitement des péritonites généralisées d'origine appendiculaire. *Thèse de Paris*, 1904-1905.

- CHARLES (A.). — Du drainage par Mikulicz. *Thèse de Paris*, 1892.
- CHAUVENET. — 350 interventions pour appendicites aiguës. *Bordeaux chirurgical*, n° 2, juillet 1931, p. 102.
- CHEVRIER. — *Société nationale de Chirurgie*. Séance du 10 juin 1931.
- CHRISTOPHER et JENNINGS. — Quelques considérations sur la mortalité opératoire dans l'appendicite aiguë. *The American Jour. of Surg.*, vol. 18, n° 1, octobre 1932.
- CHURCHILL (A.). — Quand et comment faut-il drainer. *Paris chirurgical*, t. 14, 1922, p. 498.
- COLT et MORISSON. — Analyse de la mortalité dans l'appendicite aiguë avec le drainage et le mode de l'intervention. *The Brit. jour. of surgery*, vol. 20, n° 7, octobre 1932, p. 667.
- CORDIER. — Irrigation péritonéale et drainage. *Americ. Gynec. and Ped.*, année 1898, p. 675.
- CAUDERT (E.-L.). — Quand et comment convient-il d'opérer l'appendicite aiguë. *Thèse de Paris*, 1929.
- CLARK. — Revue critique du drainage. *Americ. gynec. and Ped.*, année 1898, t. 35, p. 431.
- CROSSAN. — Traitement de l'appendicite aiguë. *The amer. jour. of Surgery* (New-York), n° 5, vol. 8, avril 1933.
- CUTHBERT-WALLACE. — Drainage dans le trait. des péritonites. *Lancet*, juin 1912, p. 1603.
- DEAVER. — Une opinion sur la mortalité actuellement élevée de l'appendicite aiguë. *Surgery, Gynecology and obstetrics* (Chicago), vol. 41, n° 4, octobre 1930.
- DELAGENIÈRE. — Drainage du péritoine. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, Paris, an. 98, 25 juin 1927.
- Traitement des péritonites diffuses. *Congrès français de chirurgie, Informations et rapports*, 1911, p. 477.
- DELIASSUS. — Le drainage abdominal avec aspiration. *Jour. des ses. médicales de Lille*, 1908, p. 405.

- DELORE et COMTE. — Drainage abdominal. *Revue de Chirurgie*, Paris, an. 46, n° 6, 1927.
- DELBET (P.). — Expériences et réflexions sur le drainage du péritoine. *Annales de Gynécologie*, févr. 1890, p. 93.
- DESCOTTES (P.). — De l'intervention précoce avec fermeture de la paroi sans drainage, dans le traitement de l'appendicite grave. *Thèse de Paris*, 1925, n° 192.
- DIONISI. — La fermeture sans drainage dans la péritonite généralisée append. *La Semana Medica* (Buenos-Aires), an. 34, n° 6, 10 févr. 1927.
- DUCOURTHIAL. — Trois cas d'appendicite d'urgence, fermeture de la paroi. Guérison. *Société de médecine militaire française*, Paris 1922, 16 ; pp. 225-227.
- DUCUING. — *Archives Franco-Belges de Chirurgie* : le drainage du péritoine.
- DUDLEY. — Drainage abdominal. *Lancet*, 1898, T., pp. 71-79.
- DUFOUR. — Traitement des appendicites aiguës. *L'Hôpital*, p. 719, an. 20, n° 323. novembre 1933.
- DUVAL (P.). — *Société de Chirurgie. Bullet. et Mém. de la Société Nat.*, 16 févr. 1927, pp. 213-225.
- *Société Nat. de Chirurgie* du 17 juin 1931 : Traitement de l'appendicite aiguë.
- DUVAL et AMELINE. — A propos de 758 cas d'appendicites aiguës opérées d'urgence. *Pratique médicale française*, Paris, an. 12, n° 5, nov. 1931.
- DUVAL et GATELLIER (J.). — *Précis de Pathologie chirurgicale*, tome 4, chapitre 10.
- *Bulletins et Mém. de la Soc. nat. de Chir.*, 57, 1931, n° 12, 25 mars, p. 513.
- EMILIAN et BAZZOCHI. — L'azotémie post-opératoire dans la péritonite purulente par appendicite, traitée par la fermeture après laparotomie. *Annali Italiani di chirurgia*, Naples, vol. 11, n° 12, décembre 1932.
- EFFIMIE et SOMNCA. — Traitement de la péritonite appendiculaire par le Mikulicz. *Spitalul*, décembre 1929, p. 419.

- FAURE (J.-L.). — Drainage dans l'appendicite à chaud. *Presse Méd.*, 7 octobre 1925, p. 1329.
- Société des chirurgiens de Paris, 20 octobre, I, 1920. (*Bulletins et Mémoires*.)
- *Presse médicale*, 23 février 1927, pp. 273-274 ; A propos du Mikulicz.
- Société de Chirurgie, 26 janvier 1927. *Bulletins et Mémoires*, p. 97.
- Société de Chirurgie, 2 juillet 1919. *Bulletins et Mémoires*, p. 1038.
- Société de Chirurgie, 16 juillet 1919. Sur le tamponnement en chirurgie abdominale.
- Société de Chirurgie de Paris, 20 octobre 1920.
- FOSTER (W.). — Une statistique d'opérations d'appendicite (*Zentrab. für chir.*, tome LV, n° 49, 8 déc. 1928, p. 3075).
- FAVEZ. — Contribution à l'étude du traitement dans les appendicites aiguës. *Thèse*, Paris, 1928, n° 38.
- FINNEY. — Appendicites d'après 3913 cas. *Surgery, gynecology and Obst.* (Chicago), vol. 56, n° A., 15 février 1933.
- FOSS (H.-L.). — Peritonitis of appendiceal origin. 1000 cases. *Pennsylvania Med. Journal*. Déc. 1931, pp. 182-186.
- FOURMESTRAUX (DE). — Drainage dans les péritonites appendiculaires. *Gazette des Hôpitaux*, 1928, p. 195.
- Quelques indications du drainage en chirurgie abd. *Archives medico-chirur. de France*. An. 18 ; n° 12, décembre 1927.
- GANDER. — 700 appendicites aiguës. *Schweizensche medizinische Wochenschrift*, n° 22 ; 2 juin 1928.
- GEORGESCU et BUZOIANU. — Traitement des péritonites généralisées appendiculaires. *Revista de Chirurgia* (Bucarest), an. 22, n° 12, décembre 1930.
- GIOIA (T.). — Peritonitis generalizada purulenta per appendicitis aguda. *Semana med.* I, 12-14, 1^{er} janv. 1931.

- GOGUILLON. — Traitement des péritonites généralisées suppurrées d'origine apend. par la fermeture du péritoine. *Thèse de Lille*, 1926-1927.
- GRIMAULT et EPITALBRA. — A propos de 2 cas de péritonites aiguës généralisées d'origine append. guéries par le drainage à la Mikulicz. *Gazette Méd. de Strasbourg*, 1922, LXXX.
- GUIBAL. — Trait. des app. aiguës. *Revue médicale de l'Est*, n° 2, 15 janvier 1932, p. 32.
- GUIMARAES. — Etude statistique de l'appendicite aiguë. *Boletim da Sociedade de medicina et cirurgia de Sao-Paulo*, vol. 16, n° 5, février 1933.
- HAGGARD. — Drainage péritonéal à la gaze. *Journal of the Amer. Assoc.*, 27 mai 1905.
- HARTMANN et METZGER. — Le drainage abdominal en chirurgie. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, juin 1910, p. 329.
- *Bulletins et Mém. de la Soc. de Chir.*, 2 juillet 1919, p. 1038.
- *Bulletins et Mém. de la Soc. de Chir.*, 10 novembre 1920, p. 1254.
- *Bulletins et Mém. de la Soc. de Chir.*, 23 février 1927, p. 273.
- *Bulletins et Mém. de la Soc. de Chir.*, 3 juin 1931.
- HANTCHER. — Drain caoutchouté à côtes. *Presse Médicale*, 1924, p. 27.
- HALLOPEAU et BARANGER. — Drainage dans les péritonites appendiculaires. *Presse Médicale*, an. 13, n° 26, 30 janv. 1923.
- HAYS. — Indications et techniques du drainage dans les péritonites. *Deutsche Medizinische Wochens.* (Leipzig), an. 53, n° 6, 4 févr. 1927.
- HERTZ et MONOD (Pierre). — A propos du Mikulicz en vue du drainage abdominal. *Société de Chirurgie. Bulletin* du 2 mars 1927, p. 708.

- HOLTZ (C.). — Le traitement de l'appendicite aiguë. *Schr. Mediz. Wochens.*, tome 56, 9 janv. 1926, p. 811.
- HEALD. — Drainage péritoneal. *Surg. gynec. and Obst.*, 1919, p. 326.
- HONORÉ. — Contribution à l'étude du traitement de l'appendicite gangréneuse. *Thèse de Montpellier*, 1925.
- HUNTER. — La mortalité de l'appendicite aiguë. *The British medical journal* (London), n° 3452, 3 mars 1927.
- KALLAS. — Résultats de 442 interventions pour appendicite aiguë. *Eesti A arst.*, vol. III, n° 9, octobre 1924 (Esthonie).
- KAISER. — La mortalité de l'append. chez l'enfant. *Zentral. fur Chir. Leipzig*, an. 58, n° 45, 5 nov. 1932.
- KEHRER. — Drainage capillaire. *Cent. F. Gyn.*, 1882, n° 1.
- KRECKE. — Sur le drainage de la cavité abdominale. *Munch. med. Wochen.* (Leipzig), an. 73, n° 49, 3 déc. 1926.
- LABBÉ (B. E. C.). — Contribution à l'étude du trait. de l'appendicite aiguë. *Thèse de Bordeaux*, 1928-1929, n° .
- LAFON. — Traitement de la péritonite généralisée. *Thèse*, Paris, 1910-1911.
- LAMBERT. — Les péritonites appendiculaires et leur drainage. *Revue clinique et ther.*, t. XIII, juin 1924, p. 3.
- LASCAUX (R.). — Fausse conception du drainage et les bienfaits du Mikulicz. *Presse Médicale*, 20 août 1932, p. 1291.
- LASTARIA. — Nécessité du drainage en chirur. abd. *Congrès de la Société italienne de Gynec.*, 1912, novembre.
- LATZKO. — Drainage abd. dans la péritonite. *Central F. Gynec.*, 4 juin 1910, p. 781.
- LEBAT. — Traitement des péritonites aiguës généralisées et à abcès multiples d'origine appendiculaire. *Thèse de Paris*, 1910.
- LECLERC et AUBNER. — Valeur du drainage abd. dans le traitement des péritonites. *Monde médical*, 15 nov. 1929, p. 1005.

- LEE PEYNE. — Drainage du péritoine. *Surg. Gynec. and Obst.* (Chicago), vol. XXXIX, n° 2, août 1924.
- LE GRAND (J.). — A propos de l'intervention non retardée dans l'appendicite aiguë. *Normandie Médicale*, 35, 1^{er} avril 1924, p. 118.
- LEJARS. — La question du drainage abdominal. *Semaine Médicale*, 1^{er} mars 1911, p. 103.
- LEONTE. — Drainage dans l'appendicite aiguë. *Gynec. et Obst.* (Bucarest), tome 58, n° 78, mars-avril 1933.
- LERAT. — Traitement de la péritonite aiguë. *Thèse Paris*, 1909.
- LERICHE. — *Rapport du Congrès de Chirurgie de 1911*, p. 539.
- LAWNE-BIEBL. — Lauber. Mortalité propre de l'appendicite dans les cas aigus. *Deutsche Zeits. f. Chir.*, t. 234, 31 octobre 1931, p. 4990.
- LECENE. — Société de Chirur. Le Mikulicz. *Bulletins et Mém.*, 2 févr. 1927, p. 127.
- MAKSUD. — Du drainage dans les appendicites suppurées. *Archives méd. et chirur. de Province*, XIX, 1929, n° 10, octobre, p. 302.
- MARCHINI. — La suppression du drainage dans les péritonites circonscrites et diffuses en particulier dans l'appendicite. *Archivo. Itali. de chirur.*, vol. 28, fasc. 5, avril 1931, pp. 548-603.
- *Journal de chirurgie*, n° 6, décembre 1931, p. 880.
- MAKSUD (P. M. E.). — Du drainage dans les appendicites suppurées. *Thèse de Paris*, 1929, n° 131.
- MASINI. — Indications du Mikulicz dans l'appendicite à chaud avec péritonite. *Société chirurgicale de Marseille*, 13 juin 1927, p. 23.
- MASSE. — Sur la mortalité opératoire après l'appendicectomie. *Méd. Internationale*, Paris, 38, 23 mars 1930, p. 85.
- MATHIEU et HUET (R.). — Traitement de l'appendicite aiguë. *Société de Chirurgie*, 6 mai 1931.

- MERAT. — Quelques observations banales d'appendicites aiguës. *Gazette médicale de France*, 1929, 15 janvier, n° 1.
- METIVET et CHALIER. — A propos de l'appendicite aiguë et de son traitement. *Presse médicale*, an. 27, 26 oct. 1929, 4 décemb. 1929.
- METIVET. — *Société Nationale de Chirurgie*, 10 juin 1931.
- Remarques sur le traitement des appendicites aiguës. *Presse Médicale*, 1929, du 31 août, p. 1133 et du 25 décembre, p. 1672.
- NATHER et OCHNER. — Abscess du Douglas à la suite du traitement de péritonite d'origine appendiculaire, sans drainage. *Deutsche Zeitz. f. Chirur.* (Leipzig), vol. 183, fasc. 5-6.
- NATHER (K), de Vienne. — Abscess typique à la suite du traitement par fermeture dans la péritonite d'origine appendiculaire. *Wiener Klin. Wochens.*, tome 37, 31 janvier 1929, pp. 105-109.
- NEILL-LOVE (M. C.), de Londres. — Résultats opératoires. *British Journal of Surgery*, tome XII, n° 46, octobre 1924, p. 237.
- NILENSKY. — Drainage dans l'infection abdominale. *Annal of surgery*. Philadelphie, Londres et Montréal, mai 1923.
- NOETZEL. — Le drainage de la grande cavité abdominale. *Arch. f. Klin. Chir.*, Berlin, 12 avril 1928.
- Le principe du traitement de la péritonite. *Arch. F. Klin.*, 1909, p. 619.
- MONOD (P.). — Drain à la Mikulicz dans les appendicites graves. *Thèse*, Paris, n° 538.
- UDINOT. — Pansement à la Mikulicz. *Thèse de Paris*, 1923.
- OUREN. — Mortalité pour l'appendicite autrefois et aujourd'hui. *Norsk. Magazin Loegev.* Kristania, décembre 1926.
- PAITRE. — La réhabilitation du drainage abdominal et la croissade de J. L. Faure pour le Mikulicz. *Archives de Médecine militaire*, Paris, t. 88, n° 4, avril 1928.

- PAPIN. — Drainage à la Mikulicz en chirurgie abdominale. *Gazette Hebdomadaire des Sciences méd. de Bordeaux*, an. 48, n° 45, 6 nov. 1927.
- PAREJA (F.). — Drainage péritonéal. *Revista de Medicina y cirugia Colombie*, vol. 1, n° 12, juin 1931.
- RIEDEL. — Sur le traitement de l'append. et de la péritonite. *Bunchener mediz. Wochens. Ann.* 69, n° 30, juillet 1927 et n° 34, 26 août 1927, pp. 1456-1457.
- ROLAND. — 4270 cas d'appendicite aiguë. *Jour. of the American association*, août 1932.
- ROTTER. — Traitement de l'append. aiguë. *Archive F. Klin. chir.*, 1910, pp. 1-41.
- ROUFFARD. — Du traitement de l'append. aiguë. *Bruxelles médical*, 6 déc. 1925, p. 173.
- Les quelques indications du drainage abdominal. *Bruxelles médical*, 10 avril 1925.
- ROUTIER. — Le Mikulicz ; Société de Chirurgie. *Bulletins et Mémoires*, 23 février 1927, pp. 273-294.
- RYLE. — Traitement de l'appendicite aiguë (Discussion). *The Lancet*, vol. 222, n° 5697, 5 nov. 1932.
- SAINT-LOUIS. — Appendicites aiguës, *An. of Surgery*, t. 46, p. 530, n° 4, octobre 1932.
- SAUVÉ. — Conception actuelle du traitement de la péritonite généralisée. *Presse médicale* du 2 mai 1923, pp. 435-438.
- Mikulicz. *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 26 janvier 1927, p. 95.
- CHONBAUER. — Recherches expérimentales sur le drainage de la cavité péritonéale et sur l'appareil de protection physiologique du péritoine. *Wiener Klin. Wochens.*, an. 37, n° 17, 24 avril 1924.
- SCHWARTZ (A.). — Traitement de l'appendicite aiguë. *Bulletin et Mémoires de la Société nat. de Chirurgie*, tome 57, n° 20, 13 juin 1931.
- SHOL (J.). — L'examen du sang et drainage du péritoine. *Presse médicale*, 22 octobre 1927, p. 1326.

- PAUCHET (V.). — Le drainage abdominal. *Nord médical*, 15 févr. 1908, p. 38.
- Le superdrainage abdominal. Mikulicz moderne. *Journal de médecine*, Paris, an. 28, n° 40, 10 octobre 1928.
- Le drainage à la Mikulicz dans les appendicites aiguës. *Phare médical de Paris*, 8, n° 79, janvier 1929, p. 3.
- Conseils pratiques à propos de l'appendicite aiguë. *La Semana medica. Buenos-Aires*, an. 25, n° 51, 20 décembre 1928.
- PAUS. — Recherches statistiques sur l'appendicite. *Acta chirurgica scandinavica* (Stockholm), vol. 59, fasc. 3, 30 juin 1925.
- PAWLOSKY. — Le drainage dans les appendicites aiguës. *Revista de Cirurgia* (Buenos-Aires), an. 5, n° 9, septembre 1926.
- PELIEGRINI (A.). — Qualche considerazione sulla cura della peritonite diffusa da appendicito. *Gazz. med. lomb.* 87, 211-221, 10 octobre 1928.
- PETIT. — Bilan de l'appendicite aiguë, mortalité et incidents divers. *Archives med. chir. de Prov.*, an. 18, n° 1, janvier 1928.
- POULIQUEN (M.). — Résultats opératoires. *Bulletins et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, tome 57, n° 20, 13 juin 1931.
- PHILIPOWICZ et HNIDFI. — 1200 opérations de l'appendicite dans l'Europe orientale. *Brun's Beitrage zur Klin. chir.*, tome 156, p. 285.
- PHANG-MISSAO. — Fermeture secondaire de la paroi après Mikulicz. *Thèse*, Paris, 1926-1927.
- QUAIN et WALDSCHMIDT. — App. aiguës avec considérations sur 1.000 cas consécutifs. *Archives of Surgery*. Philadelphie, vol. 16, n° 4, avril 1928.
- RAYNER. — Trait de l'appendicite aiguë. *The British med. Journ.* (Londres), n° 3588, 31 mars 1922.

- RAWLS J.-E. — Peritonitis as related to appendicitis, *Virginia M. Monthly* 53, janvier 1927, p. 675-676.
- RICHARD et ASSELIN. — 24 observ. de périt. append. Etude compar. du traitement et des suites opératoires. *Bulletins et Mém. Soc. nat de Chir.* Séance du 22 octobre 1930, Bull. du 1^{er} novembre 1930, pp. 1.050-1.068.
- SROZZI. — Suppression du drainage après laparotomie dans la péritonite d'origine appendiculaire. *Rossegna inter. de clinica e terapia* (Naples), an. XIII, n° 17, 15 septembre 1932.
- Doit-on ou non drainer après les interventions pour péritonites aiguës d'origine appendiculaire. *Il policlinico* (Sezione pratico), Rome, an. 35 ; Fasc. 22, 4 juin 1928, p. 1.050-1.055.
- *Boll. et mem. soc. piemontaise di chirur.*, 2, pp. 1.156-1.157, année 1928.
- SÉGUIN. — Considérations sur 178 interv. pour appendicites aiguës et sur leurs suites. *Thèse de Lyon*, 1928-1929, n° 93 (Lyon).
- SCHOCKAERT. — A propos du drainage abdominal. *Bruxelles medical.* An. 28, n° 44, 2 septembre 1928.
- SCHUCK. — Résultats éloignés de l'abcès append. opéré. *Arch. F. Klin., chirurgie* (Berlin). T. 144. Fasc. I, 29 janvier 1927.
- SIMARD A. — Traitement de l'appendicite aiguë. *Bulletin médical de Québec* ; t. XXX, n° 7 ; juillet 1929 ; p. 253.
- SIERRE. — Le drain dans les péritonites aiguës. Etudes de 206 cas opérés à la clinique de Genève. *Lyon chirurgical* ; t. 25 ; n° 2, mars, avril 1928 ; pp. 155-167.
- SIPPEL. — Drainage dans les péritonites. *Monat. chuf. Gynec.* Octobre 1899.
- SPONHEIMEN. — Traitement des appendicites aiguës. *Zentralblatt fur Chir.* (Leipzig), 40, n° 5, 4 février 1933.

- STANLEY RAWES. — 800 opérations cons. pour appendicite aiguë. *The Brit. medical Journal* (Londres), n° 3.608, 1^{er} mars 1930.
- STERN et CLEMENT. — Discussion sur le Mikulicz. *Société nationale de Chirurgie*. Séance du 3 juin 1931.
- STONE. — Résultats de l'appendicite. *The british Journal of medical Science* (Dublin), série 6, n° 83, novembre 1932.
- SWORN et FITZGIBBON. — Analyse de 2.126 cas d'appendicite aiguë. *The british Journal of Surgery*, t. 19, n° 75, janvier 1932, p. 410.
- TÉMOIN. — Drainage dans les péritonites. *Congrès de Chirurgie de 1911*.
- THIERRY P. — Sur l'intervention précoce de l'appendicite aiguë. *Bull. et Mémoires de la Soc. nat. Chir.*, tome 57, n° 19, 6 juin 1931.
- TOURNEUX J.-P. — Péritonite purulente généralisée par perforation appendiculaire, laparotomie, guérison. *Société de Médecine de Toulouse*, 12 novembre 1920, et *Toulouse médical*, 15 décembre 1920.
- TUFFIER T. — Traitement de l'appendicite à chaud. *Journ. méd. franç.*, 13 ; 1924, 4 avril, p. 127.
- VALTHER. — A propos du drainage par le Mikulicz. *Journal de Médecine*, Paris ; an. 46, n° 4 ; 25 janvier 1926.
- VANLANDE M. — A propos du traitement des appendicites aiguës. Statistique opératoire. *Société de chirurgie d'Alger*, mai 1932.
- VAQUI. — Péritonite généralisée après l'appendicectomie. *Paris Médical*, an. 15 ; 31 janvier 1925.
- VERGOZ. — Appendicite aiguë avec péritonite généralisée. Incision sous-ombilicale. Guérison. *L'Algérie médicale*, t. XXXI, n° 8, août 1927, p. 501.
- VERGNE. — Valeur du Mikulicz, action, indication. *Thèse de Lyon*, 1898.
- WALLACE. — *The Lancet*, 15 juin 1912, p. 1.603.

- WOLFSON et Mos. — Appendicites aiguës de type grave. Revue de 100 cas consécutifs en particulier avec péritonite. Technique opératoire. *The American journal of Surgery* (New-York), vol. 40, n° 5, mai 1926.
- WEEDEN. — Le drain de G. Mikulicz dans l'appendicite aiguë. *Annals of Surgery* (Philadelphie), vol. 88, n° 1, juillet 1928.
- YODICE. — Le drainage de la péritonite localisée et généralisée d'origine appendiculaire. *Semana medica* (Buenos-Aires), an XXXII, n° 22, 29 mai 1930, p. 1.352.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	11
Critiques formulées à la fois contre le drainage par drain et le drainage par mèches.....	14
Critiques formulées contre le drain de caoutchouc seu- lement	18
Critiques formulées contre le drainage par mèches ou Mikulicz	19
Avantages attribués aux divers modes de drainage.....	22
Avantages attribués au drainage par tube de caoutchouc	25
Avantages attribués au drainage par Mikulicz.....	26
Statistiques diverses des résultats opératoires pour appen- dicites aiguës.....	30
Conclusion	43
Bibliographie	47



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères



